

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 9

DE LA NÉCROSE
DES
QUATRE INCISIVES SUPÉRIEURES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Décembre 1921

PAR

André GAUDION

Né le 6 Juillet 1897, à Saint-Aignan (Loir-et-Cher)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	GRYNFELTT, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		ESTOR, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		Dr WATON, chargé de C.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921

DE LA NÉCROSE
DES QUATRE INCISIVES SUPÉRIEURES

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 9

DE LA NÉCROSE
DES
QUATRE INCISIVES SUPÉRIEURES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Décembre 1921

PAR

André GAUDION

Né le 6 Juillet 1897, à Saint-Aignan (Loir-et-Cher)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	GRYNFELTT, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		ESTOR, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		D ^r WATON, chargé de C.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	N...
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N...
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	CRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr. GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.)
Anatomie	MARGAROT.	Accouchements	GALAVIELLE
Chimie	DELMAS (J.)	Histoire natur.	CABANNES
	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. GRYNFELTT, prof., <i>président</i> .	MM. LEENHARDT, agrégé.
ESTOR, professeur.	Dr WATON.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR WOLFF

ANCIEN DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

A MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommaße de ma tendre affection.

A MA FIANCÉE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A GAUDION.

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELTT
PROFESSEUR D'HISTOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

QUI NOUS A FAIT L'HONNEUR D'ACCEPTER
LA PRÉSIDENCE DE NOTRE THÈSE.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE TOURS

ET PLUS PARTICULIÈREMENT

A M. LE DOCTEUR DUBREUIL-CHAMBARDEL
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A. GAUDION.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est avec un sentiment de profonde gratitude que nous évoquons le souvenir de tous les Maîtres éminents qui ont guidé nos pas dans le sentier si difficile de la Médecine.

Messieurs les professeurs de l'Ecole de Médecine de Tours, médecins et chirurgiens, resteront désormais inscrits dans notre mémoire, tant par les conseils aussi aimables qu'éclairés que par le solide enseignement pratique qu'ils ont bien voulu nous donner.

Nous devons ici un remerciement tout particulier à Monsieur le docteur Louis Dubreuil-Chambardel, qui fut, dans ces derniers mois, l'inspirateur et le guide du travail que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à Messieurs les Professeurs de la Faculté de Montpellier.

Que Monsieur le professeur Grynfeldt, qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, daigne agréer ici l'assurance de notre profonde gratitude et l'hommage de ce modeste ouvrage.

DE LA NÉCROSE

DES

QUATRE INCISIVES SUPÉRIEURES

INTRODUCTION

Au mois d'avril 1920, il nous fut donné d'examiner, à l'Hôpital de Tours, un jeune homme présentant une nécrose n'intéressant que les quatre incisives supérieures et contrastant avec une complète intégrité du reste de la dentition. Ultérieurement, nous avons pu revoir ce sujet à diverses reprises, suivre ainsi l'évolution de cette curieuse anomalie et en prendre l'observation avec une rigoureuse exactitude.

Le hasard voulut que nous eussions l'occasion d'en observer deux autres cas. Le premier chez un ouvrier tourangeau, le second chez un de nos camarades étudiant à l'Ecole de Médecine de Rennes. C'est surtout de ce dernier incident que nous vint l'idée de faire des recherches faisant l'objet de notre thèse inaugurale. Nous y fûmes puissamment encouragé par le concours éclairé de notre excellent maître, le docteur Dubreuil-Chambardel et par l'aide précieuse du docteur Menuet qui voulut bien nous procurer quelques radiographies.

S'il est une région du corps humain dont l'examen paraît facile, c'est bien certainement le système dentaire qui a suscité tant de travaux depuis le *Traité de Magitot*, sur les anomalies des dents chez l'homme et les mammifères, jusqu'aux recherches récentes du docteur Sabouraud sur l'existence du tubercule de Carabelli et ses rapports avec l'hérédo-syphilis. Tout semblait avoir été dit à ce sujet, lorsqu'en 1919, nous retrouvons dans les comptes rendus de l'Académie de Médecine une communication du docteur Dubreuil-Chambardel sur une carie précoce des quatre incisives supérieures. En 1920, André Feil rapportait 2 autres cas se rattachant à cette anomalie dentaire restée ignorée jusqu'alors. Enfin, en 1921, un anatomiste portugais, le professeur Pires de Lima, en publia une observation dans le *A medicina moderna*, ce qui portait à 47, le nombre des cas observés et décrits jusqu'à ce jour.

DESCRIPTION CLINIQUE

Entre 13 et 17 ans, chez les adolescents de l'un et l'autre sexe, on voit apparaître au maxillaire supérieur, un début de nécrose n'intéressant que les incisives. Ces dents tout d'abord saines commencent à bleuir, prennent une teinte ardoisée, puis noircissent. Le choc d'une cuiller, un aliment un peu consistant, les brisent avec la plus grande facilité; elles disparaissent en quelques années tant l'évolution de cette nécrose est rapide. Il faut toutefois noter que, dans deux cas d'observations personnelles (obs. II et III) les sujets étaient respectivement âgés de 23 et 24 ans et le processus de mortification avait duré près de huit ans.

D'une façon générale, ces dents ne présentent aucun vice de développement; elles sont normales de nombre, de volume, de forme, et régulièrement implantées. L'examen des gencives ne présente rien de particulier, mais très fréquemment, dans 80 pour 100 des cas, les sujets examinés ont une disposition ogivale accentuée de la voûte palatine, et, remarque plus importante encore, il y a chez certains d'entre eux, une ébauche de bec-de-lièvre. Dubreuil-Chambardel, dans un rapport qu'il communiqua au Congrès de Stomatologie, a rencontré deux fois ce bec-de-lièvre incomplet et Feil (observ. VI), le note aussi dans une de ses publications. Cette proportion est relativement

énorme et il est permis de supposer que ce bec-de-lièvre n'est pas qu'une simple coïncidence, mais qu'il joue un rôle prépondérant dans la genèse de cette nécrose dentaire. Tous ces éléments permirent de jeter les bases d'un syndrome, et celui de Dubreuil-Chambardel, se caractérisa par :

- 1° Carie des incisives supérieures;
- 2° Palais ogival;
- 3° Bec-de-lièvre incomplet.

Nous remarquerons que jusqu'ici les différents auteurs ayant étudié cette anomalie, employèrent la dénomination « carie », pour désigner ce processus morbide. Comme le terme carie implique l'idée d'une infection microbienne, nous avons préféré appeler nécrose cette affection particulière des quatre incisives supérieures, car il s'agit bien ici d'une véritable mortification des éléments de la dent, mortification due non pas à des germes microbiens de la cavité buccale, mais mortification dont la pathogénie résulte de deux faits aujourd'hui bien classés :

- a) La persistance de l'os incisif comme os distinct;
 - b) La persistance chez l'adulte d'un type artériel infantil.
-

OSTEOGENIE

Le maxillaire supérieur se développe au pourtour de l'orifice buccal dans le tissu conjonctif des prolongements maxillaires membraneux. Il se compose de deux os, le maxillaire supérieur proprement dit, et l'inter-maxillaire (pré-maxillaire ou incisif) qui, soudés chez l'homme, restent distincts chez la plupart des vertébrés. Dans le *Traité d'Anatomie* du professeur Poirier, on peut lire :

« Le maxillaire supérieur présente cinq points d'ossification, ils apparaissent au milieu de la trame embryonnaire, vers le deuxième mois de la vie intra-utérine sans être précédés du cartilage. Le cinquième point d'ossification est l'os incisif. Situé entre le point nasal et la ligne médiane, cet os supporte les deux incisives et constitue le quart intérieur de l'apophyse palatine. Cet os incisif reste séparé du maxillaire par une suture jusqu'au quatrième et cinquième mois de la vie intra-utérine. A partir de cette époque, il est fusionné avec lui ».

La soudure de ces deux os est très souvent imparfaite et sur nombre de crânes d'adulte, on peut reconnaître par des vestiges, la dualité primitive de ce massif osseux. Cette absence de fusion déjà signalée par Le Double, professeur d'anatomie à l'Ecole de Tours, avait-elle un certain rapport avec la nécrose des incisives supérieures ? Dubreuil-Chambardel examina toute une série de crânes

appartenant aux collections de l'Ecole d'Anthropologie de Paris, du Muséum d'Histoire naturelle, etc., et voici le résultat de ses recherches.

Sur 560 crânes d'adultes, âgés de 20 à 50 ans environ, il a trouvé :

340 crânes sans aucune trace de division.

130 crânes présentant des points, ou une ligne de points, vestiges de la division primitive.

61 crânes présentant une suture assez nette, mais non complète.

26 crânes présentant une suture complète mais sans indépendance des deux os.

3 crânes présentant une synarthrose vraie entre l'incisif et le maxillaire supérieur, qui sont ainsi indépendants l'un de l'autre.

Voici les remarques qu'il fit sur ces trois crânes présentant une synarthrose incisive :

« Crâne I. — Homme de 30 ans environ, Parisien, les dents incisives supérieures sont absentes; les alvéoles sont en partie comblées. Les autres dents sont saines, sauf la troisième molaire supérieure droite et la première et seconde molaires gauches. Voûte palatine ogivale.

» Crâne II. — Homme 40 ans environ, Français. Denti-tion absolument parfaite. Aucune carie. Voûte palatine normale.

» Crâne III. — Nègre, 20 ans. Carie des incisives supérieures. Les autres dents sont saines. Voûte palatine ogivale. »

Par la suite, Dubreuil-Chambardel rencontra encore six fois une synarthrose vraie entre l'os incisif et le maxillaire supérieur, sur des crânes de diverses provenances. Quatre présentaient de la nécrose des incisives supé-

rieures. Cette proportion de deux tiers n'est-elle pas indicatrice que la persistance en os distinct de l'os incisif, produit, un lieu de moindre résistance, et crée une prédisposition à la nécrose dentaire? Du reste, cette variation morphologique du maxillaire supérieur existait certainement chez trois des sujets dont l'observation fut publiée puisque dans ces cas-là, il y avait ébauche de bec-de-lièvre en même temps que nécrose des incisives supérieures. D'une façon générale, une semblable variation devait se rencontrer chez les autres malades, mais moins nettement puisqu'il manque chez eux le bec-de-lièvre qui est la traduction visible de la persistance d'un os incisif indépendant.

ANGEIOLOGIE

C'est de l'artère maxillaire interne que naissent les branches qui irriguent le maxillaire supérieur. Testut écrivait dans son *Traité d'Anatomie*: « L'artère maxillaire interne s'étend de la région parotidienne où elle prend naissance, jusque dans le fond de la fosse ptérygo-maxillaire où elle se termine en fournissant la branche sphéno-palatine. Durant son trajet, elle présente des flexuosités nombreuses... les branches collatérales antérieures sont au nombre de deux seulement: l'alvéolaire et la sous-orbitaire. L'alvéolaire se porte obliquement en bas et en avant, sur la tubérosité du maxillaire; elle fournit presque immédiatement après son origine, deux ou trois rameaux qui pénètrent dans les canaux dentaires postérieurs pour se porter de là au sinus maxillaire et aux racines des molaires. La sous-orbitaire sort de la fosse ptérygo-maxillaire, s'engage dans le canal sous-orbitaire qu'elle parcourt dans toute son étendue, débouche à la face par le trou sous-orbitaire et fournit deux rameaux collatéraux: un rameau orbitaire qui pénètre dans l'orbite et vient se terminer dans la glande lacrymale, et un rameau dentaire antérieur qui irrigue les incisives et quelquefois la canine ».

Chez le fœtus et le jeune enfant, ces deux systèmes artériels sont indépendants et l'artère dentaire antérieure

surpasse en volume et en importance les artères dentaires postérieures. A partir de la première année, il commence à s'établir des anastomoses entre les artères dentaires antérieures et postérieures, mais il y a encore prédominance de volume des artères antérieures. Puis les anastomoses entre les vaisseaux deviennent plus importantes au fur et à mesure que le sujet grandit; en même temps, les artères postérieures prennent un plus grand développement. A la puberté, il est difficile de reconnaître la séparation entre les territoires de chaque vaisseau. Le volume de l'artère postérieure surpasse de beaucoup celui de l'artère antérieure. Ainsi donc, nous assistons à un balancement entre l'artère alvéolaire et l'artère sous-orbitaire. Tandis que chez l'embryon celle-ci est la plus importante, c'est celle-là, au contraire, chez l'adulte qui devient la plus volumineuse. Cela est en rapport évidemment avec le développement des diverses parties du massif maxillaire supérieur.

Or, que se passe-t-il dans le cas de synarthrose incisive? Les deux vaisseaux conservent une indépendance à peu près absolue, et entre eux ne s'établit aucune anastomose, ou seulement des anastomoses insignifiantes. Le type infantil est conservé.

Il se produit donc une insuffisante nutrition de la portion incisive du maxillaire, et c'est ce qui explique pourquoi les dents implantées dans cette région sont si facilement atteintes par le processus de mortification.

La nécrose des incisives supérieures, indubitablement liée à la persistance de l'os incisif et à la persistance du type artériel infantil, vient donc confirmer la loi des prédispositions morbides énoncée par le professeur Le Double: « Les organes anormaux sont prédisposés davantage aux maladies et aux dégénérescences que les organes normaux ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite. — Due à l'obligeance du Dr Dubreuil-Chambardel)

A..., demeurant à Parçay-Meslay (Indre-et-Loire).

Antécédents personnels et héréditaires. — Aucun antécédent pathologique. La première dentition fut normale. La deuxième commença à apparaître sans aucune particularité. En 1919, sa dentition était complète. Le début de la croissance de cet enfant remonte en 1912; elle fut du reste rapide.

Examen au mois d'avril 1920. — Les quatre incisives supérieures nous apparaissent bleuâtres, ardoisées, tandis que le reste de la dentition est d'un blanc éclatant. Toutes les dents sont complètes, leur forme et leur volume sont normaux. La voûte du palais est ogivale. Aucune autre anomalie ni de la face ni du crâne. Dolichocéphale blond. Les quatre incisives ont commencé à noircir vers le milieu de 1919.

Examen au 30 avril 1921. — Le jeune homme a achevé sa croissance (1 m. 75). Le processus de mortification s'est poursuivi. Les dents, depuis un an se sont effritées. Le choc d'une cuiller en fait détacher de petits fragments. Actuellement, l'incisive médiane droite reste; l'incisive latérale gauche est à moitié disparue; les deux autres sont tombées.

Examen au 1^{er} octobre 1921. — Il ne reste aucune trace des quatre incisives supérieures.

OBSERVATION II

(Personnelle)

P..., ouvrier imprimeur à Tours, 32 ans. Cet homme a présenté vers l'âge de 14 ans une nécrose des quatre incisives supérieures. Ces dents ont disparu progressivement mais toutefois assez lentement et le processus s'est poursuivi jusqu'à l'âge de 24 ans. Voûte palatine ogivale, mauvais état du reste du système dentaire.

OBSERVATION III

(Personnelle)

B..., 23 ans. Etudiant en médecine. La nécrose est apparue dans la quinzième année et se limita aux incisives supérieures. Pendant assez longtemps, la partie supérieure de ces dents ne présentait qu'une teinte bleuâtre, puis la dent fut bientôt atteinte dans toute son étendue. Aujourd'hui un appareil de prothèse dentaire remplace les incisives disparues. Voûte du palais nettement ogivale. Pas d'autres anomalies, ni dystrophies dentaires.

OBSERVATION IV

(Dubreuil-Chambardel)

R. B..., élève au Lycée de Tours, vit ses incisives commencer à se carier vers l'âge de 15 ans. En moins de deux ans le processus pathologique avait fait un progrès tel que les dents étaient complètement détruites, il fallut les remplacer par des dents artificielles. Palais ogival. Le reste de la mâchoire est normal.

OBSERVATION V

(André Feil)

(Cette observation concerne une mère et son fils, c'est un exemple curieux de nécrose héréditaire.)

A. P..., 14 ans, présente une voûte de palais ogivale et un système dentaire régulièrement implanté. Les quatre incisives supérieures de volume normal ont commencé à se carier, il y a environ un an. Elles sont actuellement complètement noires et s'effritent facilement. Leur disparition totale est prochaine. La mère de P..., âgée de 46 ans, possède toutes ses dents sauf les quatre incisives supérieures. Celles-ci seraient tombées presque en même temps, vers 19 ans. La voûte palatine est ogivale.

OBSERVATION VI

(André Feil)

H. H..., 22 ans, soldat au 17 bataillon de chasseurs. A perdu ses quatre incisives vers l'âge de 19 ans. Ces dents avaient commencé à se carier à 13 ans et étaient devenues toutes noires en très peu de temps. Leur fragilité était extrême et elles se sont éliminées par petits fragments. Toutes les autres dents sont saines. Voûte du palais ogivale. Ce jeune homme présente, à la lèvre supérieure, à gauche, une cicatrice qui est le résultat de scissure congénitale, indice d'un bec-de-lièvre incomplet. L'opération a été pratiquée à l'âge de 3 ans.

OBSERVATION VII

(Pires de Lima)

J. F.-L..., 22 ans, demeurant à St-Tiago-de-Carreira.
Jeune fille robuste et bien constituée. Voûte du palais ogivale et carie des quatre incisives qui sont complètement noires et presque disparues. Elle ne peut préciser de quand date cette carie, mais elle croit cependant que le début remonte vers l'âge de 13 ans. Sa sœur, de même que leur mère, ont perdu leur quatre incisives supérieures.

CONCLUSIONS

Des faits cliniques décrits plus haut et des considérations anatomiques que nous avons exposées, nous tirons les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme particulière de carie dentaire caractérisée par la nécrose précoce et simultanée des quatre incisives supérieures de la seconde dentition.

2° Cette nécrose commence de bonne heure, en général vers la quatorzième année. Elle se développe rapidement et en moins de quatre ans détruit les quatre dents en question.

3° Elle reste toujours limitée à ces dents.

4° Dans un certain nombre de cas, cette forme de nécrose limitée aux incisives supérieures, coïncide avec un défaut de fusion des pièces osseuses, constituant le maxillaire supérieur et avec la présence d'une synarthrose incisive.

5° Dans les cas de synarthrose incisive, on trouve une vascularisation défectueuse de l'os incisif qui a conservé un système artériel du type infantil.

BIBLIOGRAPHIE

DUBREUIL-CHAMBARDEL. — De la carie précoce des quatre incisives supérieures. *Congrès de Stomatologie*, Paris, 1911.

— Sur une affection particulière des incisives supérieures. *Académie de Médecine de Paris*, 21-1-19.
Gazette Médicale du Centre, 15-10-19.

FEIL. — Carie précoce des incisives supérieures. *Progrès médical*, 28-8-20.

LE DOUBLE. — *Traité des variations des os de la face de l'homme*. Paris, 1906.

PIRES DE LIMA. — A propos du syndrome de Dubreuil-Chambardel. *A medicina moderna*, février 1921.

POIRIER. — *Traité d'Anatomie humaine*, Paris, 1911.

TESTUT. — *Traité d'Anatomie humaine*, Paris, 1911.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
*De la Nécrose des Quatre Incisives
supérieures* par M. André GAUDION.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 10 décembre 1921.

Le Professeur,

GRYNFELTT.

Vu :

Montpellier, le 10 décembre 1921.

Le Doyen :

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 10 décembre 1921.

Le Recteur.

Jules COULET.

